

[illegible]



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08014810620198180039

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DOMINGOS GOMES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/02/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/04/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3170307079 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURAS DA FACE- OSSO FRONTAL E TEMPORAL, SEIO FRONTAL, SEIO MAXILAR, OSSO ESFENOIDAL, ORBITA, ARCO ZIGOMATICO, PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS EM FOSSA MEDIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESAO CRANIO-FACIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM COMPLICACOES. FAZ USO DE GARDENAL. REFERE DEFICIT VISUAL A DIREITA E DO OUVIDO ESQUERDO, NAO QUANTIFICADOS. LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPACO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/09/2017

Conduta mantida:

Observações: * MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/02/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/09/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00351

CONTA: 000000055411-2

Nr. da Autenticação 85B72E7390E04462

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 29 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DOMINGOS GOMES DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08014810620198180039.

Rio de Janeiro, 29 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000794/2017-74

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magalhães Neto

Data/Hora: 05/04/2017 - 09:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora: DPB

DP DE BARRAS

26/02/2017 - 17:20

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI 113, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE CARNAIBAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RG: 544422296 PI

Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES

Pai: ANTONIO MENDES DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUÍ

UF:

Tipo

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
HONDA	125 FAL	2011	ODX4777	9C2JC4110BR738067	339762403	Vermelha

Condutor: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Cidade: CABECEIRAS DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO
Proprietário: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA
Cidade: BARRAS UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que no dia 26/02/2017 às 17hs20min, o mesmo trafegava pela PI 113 conduzindo a motocicleta acima citada QUE ao chegar na localidade carnaibas, zona rural de cabeceiras do Piauí-pi, foi atropelado por uma motocicleta não identificada provocando a queda do noticiante; QUE apos o acidente o noticiante foi socorrido por um colega conhecido por "DANIEL" até o hospital leonidas melo nesta cidade de barras-pi, onde o noticiante foi examinado e encaminhado para o hospital de urgência de Teresina-pi(HUT), onde o noticiante foi examinado e submetido a tomografia da cabeça, sendo constatado fratura na face, ficando por vários dias internado sobre medicamentos, sendo medicado e liberado, era o que tinha a declarar.

Bergson Monteiro De Carvalho - Mat. 2866072
AGENTE DE POLÍCIA

DOMINGOS GOMES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DOMENEGOS GOMES DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 54.442.229-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.434.913-79, residente e domiciliado na LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA SIN B-RURAL, Cidade CABECEIRAS, Estado PARAÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exercício do meu direito de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora. Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Domenegos Gomes de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CABECEIRAS - PE 15/03/17

Local e data

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL LEON DAS MELO BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: Domingos Gomes de Sousa	
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1986	PROFISSÃO:
SEXO: ☐ MAS ☐ FEM.	
RAÇA/COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELA (5) INDIGENA	
CARTÃO DO SUS: 17.014.124.011.8.512.511.018.10	
CPF / RG: 51442998-6	
TELEFONE:	
FILIAÇÃO:	
MÃE: Sebastiana Gomes Nunes	
PAI: Antonio Mendes de Sousa	
ENDEREÇO: Localidade de Carão da Pedreira	
BAIRRO: Zona Rural	NÚMERO:
MUNICÍPIO: Cabituba	ESTADO: PI
CEP:	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO	
DATA DO ATENDIMENTO: 26.02.017	HORA:
MOTIVO DO ATENDIMENTO	
3402 = 98% 54105 = 89% GL = 123 FC = 57 bpm PA = 110 x 80 mm Hg	
DIAGNÓSTICO	
# Onda de morte	
Transtorno orgânico / neurologia mental	



DOCUMENTO 2 12%

UNIÃO

30 MAI 2017

Seguradora

Isobastiana Jones M. 08

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
CONSULTA BÁSICA	☐
AEROSOL	☐
DRENAGEM DE ABCESSO	☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐
PEQUENA CIRURGIA	☐
SUTURA SIMPLES	☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐
CONSULTA CIRURGIA	☐
CONSULTA ORTOPEDISTA	☐
SUTURA COM DEBRIDAMENTO	☐
IMOBILIZAÇÃO GESSADA	☐

PROCEDIMENTO REALIZADOS

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS	
TRATAMENTO REALIZADO	
<i>Carbamazepina 200 mg</i>	
Médico <i>Dr. Samuel M. Martins</i>	
CRM 0325	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00351

CONTA: 000000055411-2

Nr. da Autenticação 85B72E7390E04462

SAUNDERS
0932872-5

0003:13455

2. Tarefa Social do Serviço Eletrom: TSEE foi criada pela Lei nº 10.038 de 26 de abril de 2007.

CONTABILIZACAO	ENCARGAMENTO	CONSUMO IN VIVO	TOTAL A PAGAR
FEVEREIRO/2017	157062/2017	44	22,81

1.C CANTO DA PALMEIRA S/N ZONA RURAL E-RURAL
CPF: 00000798944374

DATE OF BIRTH: 1950-01-01 DATE OF DEATH: 1950-01-01

Atual:		Atual:	
Anterior:	5957	Anterior:	08/02/2017
Confirmação de Multiplicação:	5913	Próxima Entrega:	11/01/2017
Consumo Médio:	1,000	Entrega:	10/03/2017
Consumo Estimado:	44	Apresentação:	08/02/2017
	44		08/02/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Município	UF	Estado	Endereço	Média 12 meses

MÁQUINA CONTABIL		DESCRIÇÃO DA CONTABILIDADE	
JAN/17	41	CONSUMO	44 A RS 0,448149 = 29,71
FEV/16	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,34
NOV/16	40	COMPENS. TRANSGRES. D 12/16-	2,16
OUT/16	33	MULTA POR ATRASO 12/16-00	0,68
SET/16	42	JUROS DE MORAR DE IMPO 12/16-00	0,32
AGO/16	29		
JUL/16	27		
JUN/16	30		
MAI/16	23		
ABR/16	17		

TOTAL DA CONTA: 44 A RS 0,448149

UNIÃO
30 MAI 2011
Seguradora

MENSAGENS IMPORTANTES / MENSAGENS DE VENCIMENTO

[illegible]

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

RESERVAÇÃO AO FISCAL

COMPARAÇÃO DE PREÇOS		VALORES DE REFERÊNCIA	
Distribuição:	27,24	Base do Cálculo	100,00
Energia:	7,87	Alíquota ICMS:	12,00
Transmissão:	8,66	Valor da ICMS:	12,00
Encargos:	1,84	Valor do PIS:	12,00
Miscelâneas:	2,61	Valor do COFINS:	12,00
Total:	48,22		

7,66	15,32	30,65	3,73	7,47	14,95	4,31
0,00			0,00			0,00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RG nº 54.442.229-6 data de expedição 14/08/10 Órgão SSP/SP

CPF nº 040.434.913-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE CAVEADO DA PALMEIRA</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>CABECEIRAS - PE</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.305-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99523-8455</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CABECEIRAS - PE 15/08/17

Assinatura do Declarante: Domingos Gomes de Sousa



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.748.000/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Inscrição nº 1 - Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ/PI

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0932072-5

Nº da Nota Fiscal

000313455

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2017	15/02/2017	44	22,87

SEBASTIANA GOMES NUNES

LC CANTO DA PALMEIRA S/M ZONA RURAL B-RURAL

CPF: 00000798944374

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	5957	Anterior:	08/02/2017
Constante de Multiplicação:	5913	Próxima Leitura:	11/01/2017
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	10/03/2017
Consumo Faturado:	44	Apresentação:	08/02/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código TAL	Módulo 12 dígitos

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JAN/17 41	CONSUMO 44 A R\$ 0,448149 = 19,71
DEZ/16 55	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,34
NOV/16 40	COMPENS. TRANSGRES. U 11/16- 2,16
OUT/16 33	MULTA POR ATRASO 12/16-00 0,66
SET/16 42	JUROS DE MORA DE IMPO 12/16-00 0,32
AGO/16 29	
JUL/16 27	
JUN/16 30	
MAI/16 23	
ABR/16 17	
TOTAL SEM JUROS:	
B F 44 - 0,448149	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$

09/2016 25,52

===== AVISO DE DEBITOS VENCIDOS =====

Informamos que o(s) débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 25,52, não foram pagos até a data de vencimento. Caso o(s) débito(s) não tenha(s) sido pago(s), deverá ser pago o(s) valor de atualização de Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Razo de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Energias:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,66 15,32 30,65 3,73 1,47 14,95 4,31
0,00 0,00 0,00

UNIÃO
30 MAI 2011
Seguradora

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA

RG nº 798.275, data de expedição 02/12/10, Órgão SSP/PZ

CPF nº 462.436.583-68 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE CANTO DA PRIMEIRA</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>CABECEZINHO</u>
Estado	<u>PARAÍB</u>
CEP	<u>64.105-000</u>
Telefone de Contato	<u>1861 99523-7455</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CABECEZINHO-PZ 15/03/17

Assinatura do Declarante: Maria da Conceição Silva Sousa





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98



Pelo exposto, eu MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA portador(a) do

RG nº 798-275, expedido por SSP/PZ, em

02/12/10, CPF/CNPJ nº 462.436.583-67

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DOMINGOS

GOMES DE SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza AVARIA/ROEL

da vítima DOMINGOS GOMES DE SOUSA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: RECUSO-ME

Maria da Conceição Silva Sousa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA,
 RG nº 798.275, data de expedição 02/12/10, Órgão SSP/PE
 portador do CPF nº 462.436.583-68, com domicílio na cidade de
CABECEIRAS, no Estado de PERNAMBUCO
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOCALIDADE CANCO
DA PALMEIRA, nº 510, complemento CASA
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOMINGOS
GOMES DE SOUSA, cujo o condutor no momento do
 acidente era DOMINGOS GOMES DE SOUSA.

Veículo: HONDA/CG 125 FAN K5

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: ODX-4777

Chassi: 9C2JC4110BR738067

Data do Acidente: 26/02/17



Local e Data: CABECEIRAS-PE 14/03/17

Maria da Conceição Silva Sousa
 (Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OBS: Reconhecer firma da assinatura em Cartório por autenticidade

Cartório Único de Barras
 Rua Leônidas Melo, 1257 - Centro
 CEP: 64100-000 - Barras - PE

CPF: 58.427.510/01-31 - O/3 14320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DA CONCEIÇÃO
 SILVA SOUSA
 EM TEST. DA VERDADE DOUFE, BARRAS, 14/03/2017 09:11:15

SIMONE LINDA SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
 Emissão: 13/03/2017 09:11:15

Simone Lind dos Santos
 CPF: 19.036.653.653 - 03

Escritório





HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA – Prof. ZENON ROCHA

SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Domingos Gomes de Sousa

Nº PRONTUÁRIO: 323290

DIAGNÓSTICO: TCE – CID: S0.68

MÉDICO: Elton Bezerra

DTA INTERNAÇÃO: 26/02/2017

DTA ALTA: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

Marcar consulta pelo SUS no Hospital São Marcos ou no Ambulatório Azul do HGV ou no Hospital Universitário pelo posto de saúde mais próximo de sua casa.
ou particular no Consultório (86) 4009-1110 em Teresina ou (89)3422-2107 em Picos)

Se foi operado(a), tire pontos 09 dias após operação.

Verifique se a Farmácia Popular do Brasil vende seu remédio.

DOCUMENTO 5 *T596*



Seguradora

30 MAI 2017

UNIÃO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CABECEIRAS DO PIAUÍ
RUA...
Nº...

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Dr. Elenilson Lages</u>	
CRM: <u>41121</u>	UF: <u>PI</u> Nº: <u>...</u>
Endereço Completo e Telefone: <u>...</u>	
Cidade: <u>...</u>	UF: <u>PI</u>

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Elenilson Lages
Médico
CRM-PI 41121

Paciente: ...

Endereço: ...

Prescrição: ...



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:
NOME: _____	
Ident. _____ Órg. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: _____	



Os melhores medicamentos com os melhores preços da produção

Rua Get. Taumaturgo de Azevedo, s/n
Centro Fone: 3242-1597
Rua Sbc José, s/n Centro - Fone: 3242-2397
Barras - Piauí

Data 24/03/17

Note:

End:

[illegible]

Total R\$

83.28

Assinatura

Seguradora

30 Mar 2011

UNIAO

Rua Leônidas Melo, Nº 586 / Sala B - Centro / Barras-PI
CNPJ 01.049.421/0002-50 - Insc. Est. 19.504.559-9

№ 0926

Data 12, 03, 12

Clients: Dominicus Gomes de Sousa
João Calmeida Cabecenas

Clientes: Dominos
End: Rua do Palmeiro Cabecuras

[illegible]

Nejo Vale Comm Recho

TOTAL RES

Assinatura do Vendedor
Inscrição (Claudia De Paula Sousa-EPP) Ins. Est. 19.446.340-0 - CNPJ: 03.848.179/0001-20 - ABIGRAF-PI 166
Validade 03 anos - 20 Blocos 25x22 Série D-1 de 0620 a 1125 - Aut. 1320555003640/15 - Ag. Abund. de Bairros-PI, Em 17/02/2016 - Data da Impressão 17/02/2016

UNIÃO
30 MAI 2011
Seguradora

FARMACIA CARVALHO
LEAO & CARVALHO LTDA ME
PÇA SEN. PIRES FERREIRA, 58 - CENTRO
BARRAS - PI

CNPJ: 06.512.693/0001-08 IE: 19.403.153-5
IM: 20.043
21/03/2017 09:25:41 ECF: 026059 CDD: 029011

CUPOM FISCAL

ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO UNID. UN. VAL. UNIT. R\$ ST. A/T. VAL. ITEM R\$
001 00000000002528 HIDANTAL 100 MG C/25 CAP
3 UN X 9.83 F1 T 29.49
002 00000000005455 TORAGESIC 5L 10 MG C/20 CAP
1 UN X 59.79 F1 T 59.79
TOTAL R\$ 89.28

Oinhelec 89.28
P00000047370
MD-5: det5/70815+8717a27e23fe59cc47871
Trib aprox R\$ Fed 12.01 Est 15.18 IAPT: W7#9E1

DOMINGOS GOMES DE SOUSA
CPF/CNPJ: 04043491379 Fone:
CANTO DA PALMEIRA
ZONA RURAL

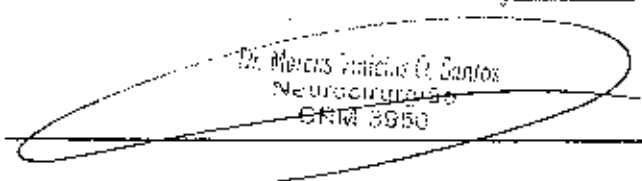
SEI/FTSCA 1.20d Sei Informatica 85 32215792
183 BA1F5 14440 398028 F8 200187 59F68 372C3 011
BARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1
ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 004 LJ: 0001
GGGGGGGGGCH6EABFJ 21/03/2017 09:25:46
FAH: DR0812B8000000340566



ATESTADO MÉDICO

Atesto que Domingos Gomes de Brito
Cart. Prof. N° _____ Série: _____
necessita de 60 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 26/02/2012

Teresina, 01 de Março de 2012


Dr. Marcos Vinícius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3950



NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

Domingos Gares

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

3236910

ou Gares



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

- NEUROLOGIA

- BUCO-MAXILO

Imp: 26/02/2017 22:01:01

User: ROMAK

Estação: ACCR01

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA		Prontuário: 323290	
Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES		Pai: ANTONIO MENDES DE SOUSA	
End. Resid.: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CASECEIRAS DO ITAUI - PI - CEP: 64105-000			
Nascimento: 16/03/1986	Idade: 30a:11m:10d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8149-9683
Responsável: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA		CNS: 898003323062983	
Profissão: AJUDANTE		Documento: RG: 544422296 - SSP SP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 596403	Data: 26/02/2017 21:52:17	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Déficit neurológico agudo	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUIDO DE VÔMITOS. ENCAMINHADO DE BARRAS COM QUADRO DE EPISÓDIOS DE DESORIENTAÇÃO + HEMORRAGIA NASAL - HEMATOMA PERIOREBITAL DIREITO. HEMIPARDA PERDA DE CONSCIÊNCIA. ECG - 15. REFERE ALERGIA A DILIPRONA.			Profissional Clas. Risco: ROMAK SPANERIA HOLANDA COREM 22364 PI Im: 26/02/2017 22:01:01

DADOS CLÍNICOS:

Hora: ____:____:____

Paciente vítima de acidente de moto
no dia 25/02/2017, vítima de trauma cranioencefálico
e hemiparado. Ao Exame Físico e Glasgow: 15
resposta verbal, neurológico
ASL: flaccida, simétrica
Reflexos: estímulos

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	DATA: 26/02/17 22:01:01
Diagnóstico inicial:			EXAME: CMAE + FACE

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Suspeito TC e Rm.
UNIAO
TECNOLOGIA
Seguradora
Wanderleide
Mafalda
18/02/2017
HUT
com Central

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____	Procedimento: 303040092	CID: 506.9
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------

Sebastião Gomes Nunes
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



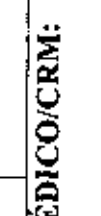
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20



MONITORING
THE PROGRESS
OF TREATMENT

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Domingos Gomes de Sousa					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE	
T.C.S. Agudamento < ITO		26.02.17		NEURO	
ALERGIAS					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1. Dieta Zero			23:48 Admitido no setor posto q. veio da sala verde consciente		
2. SF 0,9% 500ml, IV, 06/06h			orientado q. tônico, ex. med. agudo, cefaleia		
KCL 10% - 10ml/soro			respiração espontânea		
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h			sem aporte de		
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h			O2 HV, administrado		
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)			medicamento p/ dor		
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa			com compressas presc.		
7. Fenitoina 100mg, IV, 08/08h			sem náuseas		
8. SSVK 6/6h			01:23 paciente acordou		
9. PEG 10ml			vômito líquido escuro		
			no administrado med.		
			convento presente		
MÉDICO/CRM:	 Rafaela César Lopes MÉDICO CRM: 11049 CPF: 079.450.353-53				



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	DOMINGOS GOMES DE SOUSA	PRONTUÁRIO	323290
DA CLÍNICA	NCR	LEITO	25-Ext 1
A CLÍNICA	BUCO		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial

Foto 06

DATA: 01/03/17

Dr. Marcus Vinícius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3950

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de trauma de face apresentando edema periorbitário bilateral. Visão - Acuidade visual preservada, motilidade ocular preservada. Apresentando arco zigomático fraturado, com limitação de abertura de boca, edema das limitações de abertura de boca. Fratura sem indicação de intervenção cirúrgica. Alta de emergência.



Wanderson Alves da Silva
Médico 7078
SUS/EMERGENCIA
Clínica de Urgência

Dr. Matias da Silva
Cirurgião Bucal
CRO-PI 779

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: / /



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Hospital de Barras

Para:

HUT

Nome da pessoa encaminhada:

Domingos Gomes de Sousa

Registro:

205702269596

Motivo do encaminhamento:

Paciente, 38 anos, vítima de acidente motorciclístico, com trauma em face, apresentando quadro de desconforto, hemorragia nasal, vômito e hematoma parietal e de face. Paciente estuda talco de fôdo. Realizado estabilização do quadro e hidratação venosa de acordo com prescrição. Resposta ao estímulo verbal.

PA: 110x80 / FC: 50bpm / SpO₂: 98%.

Observações:

ACP: Sidiôgenes
abdome indolente

Encaminhado para avaliação e realização de TC.

Data 26/02/17

Dr. Samuel Sá Marroquin
Médico
Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser arquivado no Centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data / /

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO.
Borges Barros				215 Extra		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		MÉDICO ASSISTENTE				
TCE		NEURO				
ALERGIAS		OBSERVAÇÕES				
		10:30h - Paciente de alta da UEL				
		por ser DMF. (assinado) (assinado) (assinado)				
1. Dieta Branda		Hellen Dias S P Aguiar				
2. SF 0,9% 2000ml EV dia		CSMS - 5845				
KCL 10% 10ml/soro		14:20h - Paciente avaliado pelo BUC do plano				
3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h		tão, sem indicação de cirurgia				
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)		Pte de alta no hospital				
5. Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)		(assinado) (assinado) (assinado)				
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h		22 de				
7. Haldol 1amp IM (SOS)						
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)						
9. Dimorf 10mg + 7ml AD fazer 3ml EV 4/4h ACM						
10. SSVV 6/6h						

MÉDICO/CRM:

Dr. Marcos Vinícius A. Santos
Neurocirurgião
CRM 3850

Wanderley Almeida Santos
Médico Assistente
CRM 3850

UNIAO
11/08/2011
Seguroadora



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Clínica
Admissão
215 Extra

NOME DO PACIENTE	DOMINGOS GOMES	PRONTUÁRIO	323270	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	TCE - Ajustamento GUT						
ALERGIAS	Sol. TC						
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO			
1. Dieta Branda				12:00 Segue com SSVV exte...			
2. SF 0,9% 2000ml EV dia				e não refusa queixas agudas.			
KCL 10% 10ml/soro				--- Necessário.			
Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h				18:00 Segue com queixas de...			
Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS) (suspensão) (alérgico)				--- Necessário.			
Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS) //				18:00 Segue com queixas de...			
Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h				--- Necessário.			
Haldol 1amp IM (SOS) //				---			
Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS) //				---			
Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM				---			
SSVV 6/6h				---			
Médico: Ricardo Gomes				---			

MÉDICO/CRM: 42120

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 26/02/2017 22:01:09

(R04AK)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA	Prontuário: 323290		
Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES	Pai: ANTÔNIO MENDES DE SOUSA		
End. Resid.: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI - CEP: 64105-000			
Nascimento: 16/03/1966	Idade: 30a:1m:10d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8149-9683
Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA		CNS: 898003323062983	
Profissão: AJUDANTE		Documento: RG: 544422296 - SSP SP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 596403	Data: 26/02/2017 21:52:17	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i># Cirurgia final</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 26/2/17 23:10h	ESPECIALISTA: <i>Seguro CR</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TCE</i>	
<i>G. Lagum IS</i>	
<i>TC Crânio: Fratura Apendicula = ITO</i>	
<i>CD: Ots</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

185295

Órgão Emissor: 8221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE A
DE INTERNAÇÃO HOSPITAAIH : 221710016533-5
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

DOMINGOS GOMES DE SOUSA

NASCIMENTO
16/03/1986

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERES

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERES

D.LIBERA: 10/03/2017

DT. LAUDO: 26/02/2017

PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

OP. SIST: WELLINGTON

CID: S068

JOSE DE RODRIGUES JÚNIOR

Assessor de Auditoria - DICA/SMS

ASS. RESPONSÁVEL: 170622432230002

CNS 170622432230002

Fig. da
Internação:

185295

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	DOMINGOS GOMES DE SOUSA	6 - Prontuário:	323290
7-CNS:	898003323062983	8-Nascimento:	16/03/1986
11-Mãe:	SEBASTIANA GOMES NUNES	9-Sexo:	Masculino
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA	RG:	544422296 - SSP SP
15-Endoz:	CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CEP: 64105-000	12-Tel:	86- 8149-9683
16-Munic:	CABECEIRAS DO PIAUI	14-Cor:	Parda
17-Cod. IBGE:	220205	18-UF:	PI
19-CEP:	64105-000		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:
<i>Paciente com trauma de cabeça com apatia.</i>
21 - Condições que justificam a internação:
<i>uf</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
<i>TC: Fratura</i>
23-Diagnóstico inicial:
Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

2- Cod. Proced.:	27- Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRUPO MEDIO)	7
29-Clinica:	30- Caráter: Ident.:	31- Docum.:
	02	01
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34- Data Solicitação:	
ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA	26/02/2017	
35- Ass. Caráter Med. Sol. (CRM)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39- CNPJ Seguradora:	40- No. da Nota:	41- Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42- CNPJ Empresa:	43- No. da Nota:	44- Série:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:
	26/02/2017
48- Documento:	49- Num. Documento:
() CNS () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52- Assinatura Profissional:
<i>X Sebastiana Gomes Nunes</i>	<i>JOSE DE RODRIGUES JÚNIOR</i>



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUÍ - PI CEP: 64105-000
Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a.11m:11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 596403
Requisição: 723329 Solicitação: 26/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 901185 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/02/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA COM AFUNDAMENTO FRONTO-TEMPORAL À DIREITA, COM EXTENSÃO PARA ÓRBITA CORRESPONDENTE.
- FRATURAS FACIAIS COM HEMOSSINUS.
- CONTUSÃO PARENQUIMATOSA HEMORRÁGICA COM FOCOS GASOSOS NO LOBO FRONTAL DIREITO.
- HEMATOMA AGUDO EXTRA-AXIAL TEMPORAL DIREITO, COM FOCO GASOSO DE PERMEIO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/02/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Wanderley
Moraes
SOME-HUT
Confira com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
 Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI CEP: 64105-000
 Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a:11m:11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 596403
 Requisição: 723330 Solicitação: 26/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 901186 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/02/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
 - * TETO, PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA;
 - * PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
 - * LÂMINA PAPIRÁCEA DIREITA;
 - * ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO;
 - * PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO MAXILAR DIREITO;
 - * ESFENOÍDE DIREITO COM EXTENSÃO PARA AS PAREDES DO SEIO ESFENOIDE.
- MATERIAL HEMÁTICO LOCALIZADO EM SEIOS FRONTAL DIREITO, MAXILAR DIREITO E ESFENOIDAL, BEM COMO EM CÉLULAS ETMOIDAIS.

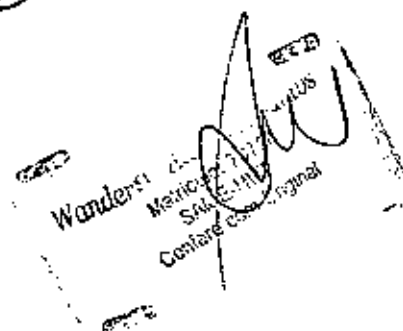
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/02/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
 Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI CEP: 64105-000
 Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a:11m:12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 185295
 Requisição: 723668 Solicitação: 28/02/2017 Solicitante: RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO
 Controle: 901576 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 + ENFERMARIA 216 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 28/02/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS FRONTAL E TEMPORAL, EM PAREDES DO SEIO FRONTAL, EM PAREDES DA ÓRBITA, EM ARCO ZIGOMÁTICO, EM OSSO ESFENOIDAL E EM PAREDES DO SEIO MAXILAR À DIREITA, BEM COMO EM PAREDES DOS SEIOS ESFENOIDAIIS.
- SINUSORRAGIA ESFENO-ETMOIDAL BILATERAL E FRONTAL-MAXILAR DIREITA.
- HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM FOSSA MÉDIA DIREITA, ANTERIORMENTE (ESPESSURA MÁXIMA: 0,8cm) E NA CONVEXIDADE FRONTAL DIREITA (ESPESSURA MÁXIMA: 1,4cm).
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/02/2017

WILSONNEY BOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



Wanderley Alves dos Santos
 Marizete Tavares
 SIME-PI
 Centro de Diagnóstico



**CLÍNICA
MACHADO**

RECEITUÁRIO

De lação cronológica do dano

Declaramos que sempre que
de dano, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido 26.07.17 às 21:52h,
Tendo sofrido TCE, resultando em
fraturas faciais assim localizadas:

TESTO, PAREDE INTERNA E BORDA DA ORBITA
PARTE DO SEIO FRONTAL DIREITO, ARCO
ZIGOMÁTICO DIREITO, PAREDE ANTERIOR
E POSTERIOR DO SEIO MAXILAR DIREITO,
ESFÍNDE DIREITO, OUDE FÓR OSTEA-
DO CONDILOMAXILAR, COM ALFAS
SE FURTUM, AVALIAÇÃO PERCENTUAL
ALCANÇADA AVALIAÇÃO DE 85%



Carla

27.07.17

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
99821-0151 - 99827-3736 - 99903-0929

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 99827-3736 • 99903-0929

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8300-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMBEZON DALVI

PROIBIDO PLASTIFICAR

Domingos Gomes de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 6 *75%*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.442.229-6 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/JUN/2010

NOME DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RELACÃO ANTONIO MENDES DE SOUSA

E SEBASTIANA GOMES NUNES

NATURALIDADE BARRAS -PI DATA DE NASCIMENTO 16/MAR/1986

LOCAL DE ORIGEM BARRAS -PI

CN: LV.A04 / FLS.05 / N.003604

CPF 040434913/79

21 Delegado Divisório

LEI Nº 196 DE 29/09/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Maria da Conceição Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 3 *T3V*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 798.275 / DATA DE EXPEDIÇÃO 02/12/10

NOME MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA

FILIAÇÃO MARIA PEDRO LOPES DA SILVA
RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 26/09/1960

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1460 L 7B F 108
EXP BARRAS DO PIAUÍ PI-16/06/83

TERESINA - PI 462.436.583-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 83.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8300-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLESON DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

50 milímetros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.442.229-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/JUN/2010

NOME DOMINGOS GOMES DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO MENDES DE SOUSA

E SEBASTIANA GOMES NUNES

NATURALIDADE BARRAS -PI DATA DE NASCIMENTO 16/MAR/1986

DOC. ORGEM BARRAS-PI

BARRAS

CN: LV. A04*/FLS: 05 / N. 003604

CPF 040434913/79

21 Delegado de Polícia

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

UNIÃO

11 AGO 2017

Seguradora



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADADES		DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PI Nº 010204097239 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA - CDD-RENAVAM (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)		Nº 010204097239 EXERCÍCIO: 2012		Nº 010204097239 EXERCÍCIO: 2012	
NOME: MARIA DA CONCEIÇÃO STEVA-SOUSA		CPF/CNPJ: 46243658368		DATA EMISSÃO: 09/01/2013	
PLACA: 46243658368		CHASSI: 9C23C4110BR738067		PLACA: ODX-4777	
PAS/MOTOCICLETA/MENHURADA: GASOLINA		MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS		MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS	
CAP/POT/CIL: 002P/124CC		CATEGORIA: PARTICU		COTA ÚNICA: 9C23C4110BR738067	
VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA		VENC. COTA ÚNICA: 2º PAGO		VENC. COTA ÚNICA: 3º PAGO	
PRÊMIO ANUAL (R\$) OF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO: 11/12/2012	
OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:	
CABECEIRAS DO DOCUMENTO:		CABECEIRAS DO DOCUMENTO:		CABECEIRAS DO DOCUMENTO:	
JOSE ANTÔNIO PASCOELOS GERENTE GERAL DE DETRAN - PI		JOSE ANTÔNIO PASCOELOS GERENTE GERAL DE DETRAN - PI		JOSE ANTÔNIO PASCOELOS GERENTE GERAL DE DETRAN - PI	

UNIÃO

30 MAI 2017

Seguradora

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307079 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Tce

Fraturas em ossos frontal e temporal, paredes do seio frontal, parede da órbita, arco zigomático, osso esfenoidal e em paredes do seio maxilar à direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307079 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURAS DA FACE- OSSO FRONTAL E TEMPORAL, SEIO FRONTAL, SEIO MAXILAR, OSSO ESFENOIDAL, ORBITA, ARCO ZIGOMATICO, PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS EM FOSSA MEDIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESAO CRANIO-FACIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM COMPLICACOES. FAZ USO DE GARDENAL. REFERE DEFICIT VISUAL A DIREITA E DO OUVIDO ESQUERDO, NAO QUANTIFICADOS. LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPACO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/09/2017

Conduta mantida:

Observações: * MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: PEDEREIRO
 Identidade: 54.442.229-6 CPF: 040.434.913-79
 Endereço: LOCALIDADE CAMPO DA PALMEIRA Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: CABECEIRAS - PE CEP: 64.105-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: VIÚVA
 Profissão: DOMESTICA
 Identidade: 798.275 CPF: 462.436.583-68
 Endereço: LOCALIDADE CAMPO DA PALMEIRA Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: CABECEIRAS - PE CEP: 64.105-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinatura nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

CABECEIRAS - PE, 14 de MARÇO de 2017.

Domingos Gomes de Sousa
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



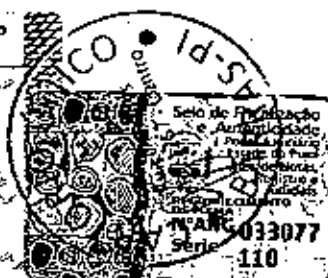
Reconhecer firma da assinatura em: carimbo de autenticidade



Cartório Único de Barras Rua Leonidas Melo, 1257 - Centro
CEP: 64100-000 - Barras - PI

CNPJ: 16.642.751/0001-21 - INS: 142319-9
CONFIRMAÇÃO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS GOMES DE
DA VESGADA DOUFE, BARRAS, 14/05/2017 09:16:04

SINOVE LINO DOS SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
CPF Nº 030.853.683-01



Sinove Lino dos Santos
CPF Nº 030.853.683-01
Escrivente

UNIÃO

30 MAI 2017

Seguradora

UNIÃO

30. Mai 2017

Seguradora

Cantão Único de Barras - Rua Teófilo Melo, 127 - Centro
CEP: 01190-000 - Barras - SP

CEP-641 UN GPO : 8-68-947-10

09-03-2016 17:50:00 134 8045 54472425

DIHECO POR AUTENTIFICAR A FRA-DE JOSÉ JANEOS GOMES DE

DAVERIE DOUFE BARRAS 1402017 091804

NEUNO DOS ASSINOS ESCRITENTE AUXILIAR

3:51 PM - 05/29/2025 - 12:37

Christopher Gaudin
880.653.663 • Chris@cmu.edu
Columbo

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116539

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117153

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307079 ASL-0207365/17
Vitima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº: 11533141

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

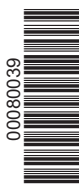
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11580613

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170307079 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **DOMINGOS GOMES DE SOUSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA nº 00 - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 544422296 - SSP**
Data local do exame: **01/09/2017 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURAS DA FACE- OSSO FRONTAL E TEMPORAL, SEIO FRONTAL, SEIO MAXILAR, OSSO ESFENOIDAL, ORBITA, ARCO ZIGOMATICO, PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS EM FOSSA MEDIA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM COMPLICAÇÕES. FAZ USO DE GARDENAL. REFERE DEFICIT VISUAL A DIREITA E DO OUVIDO ESQUERDO, NAO QUANTIFICADOS. LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPACO.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESAO CRANIO-FACIAL

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

LESAO CRANIO-FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

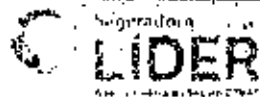
PI - TERESINA, 01/09/2017

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dorez M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dorez Mendes

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

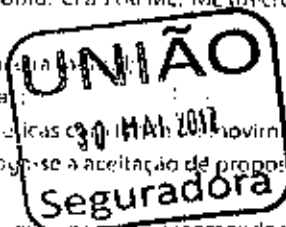
EU, DOMINGOS GOMES DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 54.442.229-6 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/10 ECPF 04043491379 (CNPJ) _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ AUTÔNOMA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DOMINGOS GOMES DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal d - até R\$ 2.000,00;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Locais e movimentação financeira mensal d - até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de requisição, no caso de dúvida recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SINDPVAT (distintos que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação da código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00055411-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CABECEIRA-PE 15 de MARÇO de 2017 Domingos Gomes de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

(*) Sobre o DPVAT quanto indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente) indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da seqüela e de acordo com a tabela de seguros prevista na lei 11.940/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse: www.dpvatseguradordolider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3170307079

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DOMINGOS GOMES DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 54.442.229-6 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 31/06/2017 E
 CPF 040934913-79 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO LAURADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ REGISTRO-MC NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DOMINGOS GOMES DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

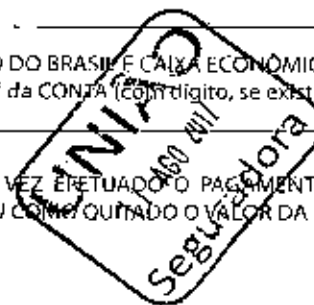
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353 N° da CONTA (com dígito, se existir) 013.00053411-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



CABECEIRA-PE 17 de JULHO de 2017 Domingos Gomes de Sousa
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.